

RATENANSUCHEN NACHZAHLUNG VON VERMINDERTEN ANWARTSCHAFTEN

An die Ärztekammer Salzburg Wohlfahrtsfonds Faberstraße 10 5020 Salzburg

Sie können den Antrag gerne eingescannt via Email (wff@aeksbg.at) übermitteln

Antra	gsstel	ller/in
-------	--------	---------

Titel und Nachname				
Vorname				
Straße				
PLZ und Ort				
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum				
Telefonnummer				
Email				
Antrag aufgrund folgender	berücksichtigur	ngswürdigender	r Umstände:	
	berücksichtigur	ngswürdigendei	r Umstände:	
	berücksichtigur	ngswürdigender	r Umstände:	
	berücksichtigur	ngswürdigender	r Umstände:	
	berücksichtigur	ngswürdigendei	r Umstände:	

Zeitraum

	ist auch der Fälligkeitstermin der letzten Rate, die n liegen jeweils am Ende der Perioden (Jahres- oder
Beginn Ratenvereinbarung	
Ende Ratenvereinbarung	
Einbehalt der Monatsrate	
Abzug durch Dienstgeber	(bei monatlicher Ratenzahlung)
Abzug durch ÖGK (bei mo	natlicher Ratenzahlung)
monatliche SEPA Lastsch (wenn o.a. Zahlungsarten mittels SEPA eingezogen)	rift-Mandat nicht möglich sind – es werden somit alle WFF Beiträge
gesamten aushaftenden Betrages ein (Die Verzinsung richtet sich nach § 20 o	nt termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des (§ 15 Abs. 1 der Beitragsordnung). der Beitragsordnung. Der zu Beginn der Ratenzahlung or zu Quartalsbeginn, mind. jedoch 0 %) gilt für die
Ich werde jede Veränderung der genannter Salzburg unverzüglich bekannt geben.	n Umstände dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für
	n Umstände dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner
Ort und Datum	Unterschrift des Antragsstellers